2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 18

THÈSE

N° 76

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue Du Lupus

Par M. Maurice Gibert

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23
1889

2

M. LE .....

RUE .....

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — N° 176

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 Février 1889, à 1 heure

Par ALBERT GIBRAT

Né à la Lacapelle-Marival (Lot)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE DU LUPUS

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. GUYON, *professeur.* JALAGUIER, *agrégé.* LANDOUZY, *id.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DAMASCHINO
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	Ribemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BOUILLY.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	REMY.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REYNIER.	
DEJERINE.	PEYROT.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Regrets éternels

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUFFRET

Médecin en chef de la marine

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine navale de Brest

Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉEIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur de clinique des Maladies cutanées et syphilitiques à l'Hôpital Saint-Louis

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier une complication grave du lupus vulgaire : le cancroïde. Un cas de dégénérescence épithélaliomateuse d'une vaste ulcération lupique de la tempe, suivi de guérison publié par notre maître M. Auffret, médecin en chef de la marine, dans un mémoire sur les Restaurations de la face, a été le point de départ de nos recherches sur ce sujet.

Nous ne ferons pas l'histoire complète du lupus et du cancroïde évoluant séparément ; nous pensons qu'il suffira de rappeler dans le cours de ce travail leurs caractères les plus importants pour établir les rapports qu'ils affectent entre eux. En un mot, nous viserons uniquement le cas où les deux affections sont réunies, non-seulement sur le même sujet, mais en une même lésion, où elles sont pour ainsi dire greffées l'une sur l'autre. Nous n'avons pu réunir que deux observations de cette dégénérescence, recueillies en France dans ces dernières années : l'une publiée déjà par M. Auffret, qui nous a permis de la citer dans ce travail, la seconde, inédite, due à l'obligeance de M. Ryckewaert, interne de M. Duret, de Lille. Peut-être eut-il été intéressant de leur joindre la traduction française des cas publiés en allemagne, mais pressé par les obliga-

tions du service de la marine, nous avons dû limiter notre étude.

Nous espérons néanmoins que l'histoire de ce point encore mal élucidé de l'importante question de la transformation des tumeurs, présentera quelque intérêt et méritera l'indulgence de nos juges.

Voici le plan que nous avons adopté :

1° Historique.
2° Étiologie et pathogénie.
3° Symptômes, diagnostic, pronostic.
4° Anatomie pathogénique.
5° Traitement.
6° Observations.
7° Conclusions.

Qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à M. Auffret, médecin en chef de la marine, qui nous a inspiré ce travail, dont il nous a du reste facilité la tâche en nous autorisant à mettre à profit l'étude qu'il a consacrée à cette question.

Enfin nous prions M. le Professeur Fournier d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

L'étude de l'association du lupus et du cancroïde est de date relativement récente. Rayer en fit mention en 1835 dans son traité des maladies de la peau, mais ce fait passa inaperçu et pendant longtemps, l'attention des observateurs ne fut nullement éveillée sur ce point particulier de l'histoire du lupus. En 1858, Baideleben signala aussi la transformation épithéliomateuse des ulcérations lupiques, mais cette question ne fut l'objet d'études importantes qu'une dizaine d'années plus tard. A ce moment Devergie, en France, O. Weber, Thiersck, Esmarck, en Allemagne, firent connaître d'intéressantes observations de cette complication du lupus et montrèrent combien elle aggravait le pronostic déjà si sombre de cette affection.

Cette question fut portée par Heine devant le Congrès de chirurgie de Berlin en 1872, mais elle n'y fit pas grand bruit. Quelques années plus tard, de nouvelles observations furent publiées par l'Ecole allemande, en particulier par Lewin, Hebra, Lang, Neuman et Kapori qui consacrèrent à cette étude quelques article très complets dans différents journaux de médecine. Enfin, au Congrès de Londres de

1881, Verneuil, dans une communication sur la transformation des tumeurs, contribua pour une large part à rendre indubitable la dégénérescence épithéliomateuse des plaques de lupus.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La combinaison du lupus et du concroïde est assez rare ; à peine en a-t-on publié une quinzaine de cas. Son siège habituel est la face, mais elle se montre sur d'autres régions du corps, comme le prouvent les observations d'Esmarch et de Kaposi, qui en ont chacun signalé un cas sur le membre supérieur.

Les malades chez lesquels on l'a rencontrée sont des adultes ou des vieillards ; ce fait n'a rien d'étonnant, puisque l'épithélioma est une tumeur surtout de l'âge mur.

La diathèse cancéreuse est notée dans quelques observations. Elle existe chez nos deux malades ; le père de l'un (obs. I) est mort d'un épithélioma de la lèvre inférieure ; la sœur du second (obs. II) a succombé à un cancer de l'utérus.

Quelquefois, le cancroïde nait aux dépens d'un tubercule du lupus non ramolli ; dans ces cas le traumatisme joue un rôle appréciable dans sa formation. Le plus souvent, il se montre sur les ulcérations ; l'on doit alors incriminer leur irritation incessante, surtout lorsqu'un traitement local n'a pas été institué depuis longtemps. L'épi-

thélioma provient d'une dégénérescence mal définie des végétations papillomateuses qui s'élèvent du fond de l'ulcère. Il existe d'ailleurs dans la science des faits analogues ; les cas de tumeurs enlevées comme papillomes et récidivant comme épithéliomas, de cancroïdes s'abattant sur de vieux ulcères, sur des moxas longtemps entretenus, sur des plaques de psoriasis, etc... sont loin d'être rares.

SYMPTOMES ET MARCHE DE LA LÉSION

Avant l'apparition du cancroïde, le lupus se présente avec ses caractères habituels. Rien dans son début ni dans sa marche ne peut faire soupçonner une complication épithéliomateuse. Tantôt celle-ci se montre sur un tubercule de lupus à la suite d'un traumatisme, tantôt et c'est le cas le plus fréquent, elle est contemporaine de la phase ulcéreuse. Nous verrons que la surface ulcérée qui en est la conséquence présente un grand nombre de caractères communs aux deux affections ; aussi, malgré des redites auxquelles nous serons obligés, croyons-nous utile de rappeler tout d'abord en quelques mots les symptômes du lupus vulgaire ou tuberculo-ulcéreux et de bien indiquer les caractères des ulcérations lupiques et cancroïdales. Quant au lupus erythémateux de Cazenave, nous ne nous en occuperons pas, puisque cette forme n'est jamais compliquée d'épithélioma.

Le lupus vulgaire débute généralement par des petits corpuscules miliaires, groupés ou disséminés, situés au-dessous de l'épiderme et donnant à la peau tendue entre deux doigts une apparence ponctuée. Leur coloration est variable ; Le plus souvent, ils sont d'un rouge brun

tirant sur le jaune. Ils sont recouverts d'une lame épidermique, mince et brillante, laissant voir par transparence les tubercules qui ne font pas encore de saillie apparente. Bientôt ces tubercules, formés par la réunion des corpuscules miliaires, deviennent saillants, et en se réunissant eux-mêmes, se présentent sous l'aspect de plaques irrégulières, d'une étendue variable. Localisés en un même endroit, à la tempe pâr exemple, on les rencontre en même temps à différentes périodes de leur évolution. Lent et régulier dans une première phase, le tubercule se ramollit et se flétrit dans la seconde sous l'influence d'une dégénéresence, se faisant du centre à la periphène. L'épiderme qui le recouvre n'étant plus soutenu, s'exfolie en squames minces et sèches, blanches au début, jaunâtres plus tard. Arrivées à cet état, les lésions peuvent se résorber et laisser à leur place une cicatrice blanche et parcheminée ; mais le plus souvent la fonte des tubercules s'accentue, la peau infiltrée est complètement éliminée, et il se forme des ulcérations. — Celles-ci se recouvrent de croûtes brunâtres, d'un brun verdâtre ou noirâtre, très adhérentes et paraissant comme enchâssées dans les bords de l'ulcération. Tantôt elles sont saillantes coniques, tantôt elles sont aplaties et de niveau avec les parties environnantes.

La surface ulcérée est irrégulière, d'une profondeur variable ; tantôt elle ne fait qu'exoder superficiellement la peau, tantôt celle-ci se trouve atteinte dès l'abord dans une grande partie de son épaisseur.

Le centre de l'ulcère est tantôt anfractueux, tantôt fongueux, bourgeonnant papillomateux. De couleur rouge

ou grisâtre, il est incessamment baigné d'un liquide sanieux et purulent, qui a la plus grande tendance à se dessécher pour former de nouvelles concrétions. Ses bords sont durs, et souvent herissés de saillies tuberculeuses, dont les sommets ramollis semblent préparer la voie au travail ulcératif.

Un des caractères les plus importants de cet ulcère, dont la marche permet d'établir plusieurs variétés de lupus (lupus serpigineux. L. Térébrant. L. Vorax), est sa tendance spontanée à la cicatrisation, même dans ses formes les plus malignes. Nous verrons en effet dans la suite, combien ce signe est précieux, pour le distinguer de certaines ulcérations qui le simulent plus ou moins, en particulier, de l'ulcération cancroïdale, qui le complique quelquefois.

L'ulcération lupique marche donc constamment vers la cicatrisation. Quand celle-ci n'est entravée par aucune complication, elle se fait grâce à des traînées épidermiques s'avançant de la périphérie vers le centre, et à des îlots de peau saine, situés entre les ulcérations, qui vont recouvrir la surface des bourgeons charnus.

Mais, il peut arriver que des lésions secondaires viennent mettre obstacle à la cicatrisation ; ce sont des hémorrhagies, des destructions, une inflammation. Enfin une complication nouvelle peut survenir, le cancer épithélial. Nous nous proposons de la décrire avec quelques détails.

Quels sont d'abord les caractères typiques de l'ulcère cancroïdal ?

Le fond de cet ulcère présente tantôt des excavations

profondes (forme rongeante), tantôt les bourgeons charnus exhubérants ; ils saignent facilement et dépassent le niveau des parties voisines. La surface de couleur variable, est le plus souvent rouge ou bleuâtre; quelquefois elle est grisâtre et recouverte d'un enduit pulpeux. Elle secrête un liquide sanieux, d'odeur fétide, rappelant celle des tumeurs squirrheuses et encephaloïdes ulcérées. Presque toujours les cavernes, dont est creusé l'ulcère, sont comblées par une matière blanchâtre caséeuse, composée de grumeaux caractéristiques de l'ulcération épithéliale. Elle se détache facilement pendant le lavage.

Les bords de l'ulcère sont saillants, renversés en dehors, d'une dureté squirrheuse. Le plus souvent ils sont taillés à pic; en certains endroits ils sont effacés, de telle sorte que le fond de l'ulcère est sur le même niveau que les parties saines.

Enfin sa base est nettement indurée; elle fait corps avec les couches sous-jacentes qu'elle envahit peu-à-peu.

La douleur occasionnée par cette ulcération est variable suivant les cas. Certains malades ressentent seulement un léger prurit, quelquefois de loin en loin quelques petits élancements, d'autres au contraire, se plaignent d'horribles souffrances, de douleurs lancinantes extrêmement vives.

Maintenant que les caractères des ulcérations lupiques et cancroïdales nous sont bien connus, étudions ceux que revêt leur combinaison.

Les divers observateurs, qui ont publié des cas de cette combinaison, s'accordent à reconnaître que toujours la

lésion emprunte à chacune des deux ulcérations quelques-uns de leurs caractères. Mais quelques fois certains d'entre eux sont si peu prononcés, ou bien l'emportent sur ceux de l'affection congénère à un tel point, qu'il faut s'aider à la fois des commémoratifs, de la marche de la lésion, de l'examen histologique, pour établir le diagnostic d'une manière certaine.

Nous laisserons de côté ces cas, qui sont pour ainsi dire l'image de l'une ou l'autre ulcération, et nous prendrons comme type de notre description, ceux, beaucoup plus fréquents, où les signes cliniques seuls permettent d'en reconnaître la nature.

Voici donc comment se passent les choses dans la grande majorité des cas.

Chez un malade atteint d'un lupus, qui jusque là a évolué normalement, on constate dans les symptômes, quelquefois à l'occasion d'un traumatisme ou d'un traitement mal dirigé, le plus souvent sans cause appréciable, des modifications plus ou moins rapides, qui donnent à la maladie une physionomie nouvelle. L'évolution d'un tubercule est précipitée, et l'ulcération qui lui fait suite n'est pas de celle du lupus; plus fréquemment, une ulcération lupique, qui en présentait nettement les caractères, est transformée en une surface ulcérée, qui n'a plus qu'une vague ressemblance avec la lésion primitive. Cette surface ulcérée, de dimension variable, prend généralement une forme ovalaire. En quelques points, elle est déprimée, miroitante, creusée d'excavations profondes, ailleurs ce sont des végétations papillaires saignant facile-

ment et dépassant le niveau des parties voisines : en d'autres endroits elle offre des îlots cicatriciels. Certains points de l'ulcération secrètent un liquide sanieux, d'odeur extrêmement fétide, d'autres sont recouverts d'une matière blanche crèmeuse, qui se détache avec la plus grande facilité. Sa base est nettement indurée et se confond avec les tissus sous-jacents. Les bords de cet ulcère présentent des caractères variables ; ici, ils sont surélevés, taillés à pic, renversés en dehors, d'une dureté squirrheuse : ailleurs ils sont affaissés, moins indurés, quelquefois de même niveau que les parties voisines. Leur face interne est rouge et saignante, leur face supérieure sèche et luisante.

Cette tumeur ulcérée provoque généralement des douleurs lancinantes fort vives, son accroissement se fait avec rapidité en surface et en profondeur ; le tissu osseux semble résister pendant quelque temps, mais il est envahi à son tour. Les ganglions voisins de la tumeur s'indurent et s'hypertrophient, la fièvre s'allume, l'état général s'aggrave de jour en jour, et le malade finit par succomber dans le marasme et la cachexie cancéreuse.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on a assisté à la marche de l'affection depuis son début, le diagnostic de lupus est déjà fait, quand apparait le cancroïde; on aura peut-être confondu pendant quelque temps l'ulcération lupique avec une lésion syphilique, mais l'épreuve thérapeutique aura levé tous les doutes. Enfin on aura distingué le lupus de la tuberculose tertiaire de la peau dont le début, le siége, l'évolution sont bien différents. Dans ce cas, tout se borne donc à déterminer la nature de la complication. Or les caractères de l'ulcération cancroïdale, que nous avons décrits dans le chapitre des symptômes, sont généralement si typiques, que le diagnostic est facile.

Mais il peut arriver que l'ulcération soit entièrement constituée quand on voit la malade pour le première fois, et que celui-ci ne donne sur la marche de l'affection que des renseignements très incomplets. Nous avons déjà signalé ces cas difficiles, où l'ulcération lupique, sur laquelle végète la cancroïde, étant la seule manifestation du lupus et les caractères de cette ulcération étant marqués par le néoplasme, le diagnostic reste en suspens jusqu'au jour où le microscope établit la part des deux

affections. Ces cas sont heureusement extrêmement rares; le plus souvent même, en l'absence de tout commémoratif et de toute autre manifestation, les caractères typiques des deux ulcérations sont assez nettement indiqués pour qu'on puisse affirmer leur combinaison d'une manière certaine.

Mais il est une cause d'erreur à laquelle il faut toujours songer. Nous avons vu que souvent des végétations papillaires s'élèvent du fond de l'ulcère lupique, surtout lorsque le traitement local n'a pas été institué depuis longtemps. Quelquefois elles ont un aspect epithéliomateux et peuvent simuler un cancroïde. En outre, on constate souvent au micro cope quelques cellules épithéliales, noyées au milieu des éléments caractéristiques du lupus. Dans ces cas, il faut interroger avec le plus grand soin les divers signes de la lésion, examiner surtout au microscope ses coupes faites en différents points.

PRONOSTIC

Le lupus vulgaire est une affection grave, tant en raison de sa durée fort longue, que de l'action destructive qu'elle exerce sur les tissus, et des cicatrices plus ou moins difformes qui en sont la conséquence ; mais quand il évolue normalement, il n'entraîne jamais la mort. Malheureusement ces complications loin d'être rares ; l'une d'elles, l'épithéliome revêt une gravité exceptionnelle. Dans le cas de cancer, dit Hillanet, dans son traité des maladies de la peau, la marche de l'affection est régulièrement et fatalement progressive, toujours terminée par la mort ; il n'y a jamais de guérison. Certes le pronostic de la complication cancéreuse est extrêmement sombre ; mais, il faut se rappeler qu'il existe dans la science trois cas bien avérés d'épitheliomas développés sur un lupus, dont la guérison a été définitive. Deux de ces cas ont été publiés en Allemagne par Hébra et Volkinan, le troisième a été observé récemment en France par M. Duffret. Enfin Esmarck a guéri trois malades, mais comme ils ont été perdus de vue, on ne peut affirmer pour ces derniers que la récidive n'ait pas eu lieu.

Ces quelques guérisons, obtenues par une opération

radicale, sont encourageantes pour le chirurgien ; aussi croyons-nous qu'il ne doit pas rester un spectateur inactif devant cette complication du lupus, qui abandonnée à elle-même a toujours entraîné la mort dans un temps relativement court.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique du néoplasme, chez le malade qui fait l'objet de l'observation II, a été pratiqué par MM. Auffret et Fontan, médecins de la marine ; il a démontré de la manière la plus nette qu'il s'agissait bien d'un cancroïde à base de lupus. — Nous résumerons dans ce chapitre les caractères histologiques de cette lésion, tels qu'ils ont été constatés à la fois par les observateurs que nous venons de citer et par différents autres, Lang et Kaposi en particulier.

Des coupes faites sur tous les points de la tumeur permettent de constater nettement l'association des deux affections. En certains points, le lupus règne en maître et parcourt ses différentes phases sans mélange d'éléments épithéliomateux ; ailleurs ceux-ci dominent et se montrent avec tous leurs caractères.

Certaines coupes sont caractéristiques du substratum des ulcérations lupiques. L'on voit des masses de cellules accumulées en un même point, et circonscrites par du tissu conjonctif. Ce sont des cellules embryonnaires, granuleuses, à noyau très fortement refringent. Celui-ci dans les foyers récents se colore très bien par le carmin ; la

coloration rouge est plus pâle dans les foyers anciens, sur certaines coupes ces éléments sont reformés, à noyaux nombreux et mal définis, mais on peut néanmo ins reconnaître dans ces cellules, celles que nous venons de décrire. Toutes ces cellules se détachent facilement, de sorte qu'à côté de réseaux bien remplis, on en trouve d'autres qui sont vides.

D'autres coupes montrent un tissu dense, feutré; constitué par des éléments cicatriciels ordinaires. Friedlander a signalé dans ce tissu des cellules géantes, se présentant sous l'aspect de masses bien délimitées, arrondies ou irrégulières, homogènes, finement granuleuses, et contenant de nombreux noyaux refringents. Il leur attache une importance considérable, mais il semble aujourd'hui bien établi qu'elles ne sont en réalité que des vaisseaux sanguins dilatés.

Enfin en certains points on rencontre des sortes de globes, de nid epithéliaux provenant des glandes sebacées et sudoripares dont la destruction des conduits a amené la rétention. Il faut bien se garder de confondre ces éléments avec ceux de l'épithélioma qui peut rejeter sur le lupus et que nous allons décrire.

A l'aide d'un faible grossissement, les coupes pratiquées sur cette tumeur permettent de distinguer deux parties : le stroma et les lobules proprement dit, à un grossissement plus fort, on voit que le stroma est constitué par du tissu fibreux, qui sépare les différents lobules. Ceux-ci sont formés de cellules d'aspect variable. Les superficielles sont cylindriques, plus profondément, elles de-

viennent rondes, crénelées, à dents engrenées les unes dans les autres. Enfin au centre ces éléments deviennent secs, plats et cornés.

Il est impossible de ne pas reconnaître dans ces coupes l'épithélioma pavimenteux lobulé.

TRAITEMENT

Lorsqu'un lupus est compliqué de cancroïde, les moyens généralement dirigés contre cette affection, même les plus énergiques, tels que le grattage profond à la curette suivi de cautérisations, sont toujours insuffisants pour amener une guérison définitive. Souvent, il est vrai, on leur doit la cicatrisation de la surface ulcérée, mais la récidive a toujours lieu dans un temps relativement court.

D'une manière générale, on peut dire que les efforts du chirurgien doivent tendre à détruire tout d'abord le cancer épithélial. Si le lupus ne s'est manifesté que par une ulcération, sur laquelle végète le concroïde, on obtiendra en même temps la guérison des deux affections. S'il existe autour de cette ulcération d'autres manifestations du lupus, celles-ci, après ablation de l'épithélioma seront justifiables de leur traitement ordinaire.

Par quels moyens peut on arriver à se rendre maître du cancroïde? Les uns préconisent le chlorate de potasse administré à l'intérieur et employé localement. Cette substance a été essayée chez le malade qui fait l'objet de l'observation I, sans qu'on ait obtenu un résultat avan-

tageux. D'autres préférent l'emploi d'une pâte arsenicale; d'autres enfin conseillent d'avoir recours aux caustiques; mais alors il convient de ne pas s'en servir avec timidité; car il faut d'un seul coup détruire tous les tissus altérés. Si l'on se borne à détruire seulement une partie du mal la récidive a toujours lieu, l'affection semble même, dans quelques cas, prendre une marche plus rapide.

Nous croyons que le bistouri leur est préférable. Si l'on intervient de bonne heure avant l'engorgement des ganglions, avant la généralisation du cancer, on aura de grandes chances d'obtenir la guérison définitive. Si même l'éonomie est infectée, l'opération devra être tentée ; certes, le succès sera moins assuré ; mais quelques cas de guérison obtenus dans ces conditions sont encourageants pour le chirurgien.

Mais à quelque moment que soit pratiquée l'opération, l'on ne devra jamais se départir de cette règle que l'ablation du mal doit être totale, que l'on doit même en dépasser hardiment les limites. Il faut donc tout d'abord explorer avec le plus grand soin les environs de la tumeur et au cours de l'opération rechercher les moindres prolongements qui sous forme d'éperons s'avancent dans l'épaisseur des tissus. Enfin pour combler les brèches, nous conseillons, avec M. Auffret, de faire de l'autoplastie plutôt par substitution que par glissement, ou peut-être des greffes épidérmiques, quand la chose est possible, en apportant ainsi des tissus nouveaux absolument sains. Si la perte de substance est trop considérable, et qu'on ne puisse trouver de lambeau autoplastique suffisant pour la réparer, l'autoplastie naturelle, due à la rétraction cicatricielle, la comblera au moins partiellement.

OBSERVATION I (*inédite*)

Communiquée par M. Ryckewaert interne de M. Duret de Lille

Cancroïde à base lupeuse de la joue gauche. — Opération. — Survie d'un an. — Récidive dans la cicatrice et les ganglions. — Mort.

Le nommé X... âgé de 44 ans, menuisier ébéniste, entre à l'hôpital de la Charité de Lille dans le service de M. Duret le 23 octobre 1886.

Son père, grand fumeur, est mort d'épithélioma de la lèvre inférieure à l'âge de 74 ans : sa mère a succombé à une apoplexie pulmonaire.

Il a eu huit enfants ; l'un deux est mort de méningite à 18 mois; les sept autres vivent encore et sont bien portants ; l'aîné est âgé de 13 ans 1/2 ; les deux plus jeunes, deux jumeaux sont âgés de six mois.

Il fut atteint il y a 20 ans d'un lupus tuberculo-ulcéreux qui envahit toute la moitié gauche de la face et persista pendant cinq ans avec des alternatives d'amélioration et de rechute. Enfin il fit place à une cicatrice blanche lisse-parcheminée, recouverte d'écailles, d'un rouge cuivre, qui permet d'espérer une guérison définitive

La récidive date de sept mois ; en juin 1886, le malade remarqua à un travers de doigt au-dessus du sillon naso-labial, au niveau de la fossette canine, une petite tumeur qui ne tarda pas à atteindre la grosseur d'un grain de raisin et se recouvrit d'une croûte. Cinq mois après il se heurta la joue gauche, à l'endroit même de son tubercule contre le coin de son établi. A la suite de

ce traumatisme, la tumeur s'ulcéra ; il se fit une sécrétion ichoreuse et fétide. L'ulcération, d'abord indurée et renversée en dehors atteignit rapidement l'étendue d'une pièce de 1 franc. Le malade consulta alors un médecin qui lui conseilla l'application d'une pommade soufrée. Au bout de 3 semaines, l'amélioration étant peu sensible, la douleur étant même devenue très vive, le nommé X. entre à l'hôpital St Sauveur dans le service de M. Leloir, qui, paraît-il, fit dès ce moment le diagnostic d'épithelioma développé sur un lupus tuberculo ulcéreux. On pratiqua a deux reprises un grattage profond à la curette, suivi de cautérisations au thermocautère et l'on fit de fréquents lavages au chlorate de potasse. Néanmoins l'affection ne fit que s'accroître : en peu de jours, elle atteignit les dimensions d'une pièce de 5 francs. On songea à une extirpation complète du mal avec conservation de la muqueuse buccale encore saine, mais le malade se refusa à cette opération et quitta l'hôpital. Un charlatan qui prétendait guérir ce genre d'affections entreprit de le traiter. Il lui prépara une pommade, qui eut pour effet d'occasionner d'horribles souffrances et d'agrandir considérablement l'ulcération. D'autres onguents furent essayés toujours avec les mêmes résultats. La lésion faisant des progrès incessants, la douleur devenant extrêmement vive, l'état général de plus en plus inquiétant, le malade se décida à entrer à l'hôpital, pour y réclamer une intervention chirurgicale. Ce fut à ce moment que M. Duret le vit pour la première fois.

État actuel. — A l'examen de la face, on constate sur la partie antérieure de la joue gauche, une tumeur ulcérée, volumineuse, s'étendant sur la lèvre supérieure jusqu'à deux centimètres de la commissure. Cette tumeur a une forme à peu près ovalaire. Son grand diamètre dirigé suivant une ligne allant de la commissure labiale à l'antitragus mesure huit centimètres, son petit diamètre, d'une longueur de 6 centimètres, correspond à une ligne allant du lobule du nez à l'angle de la mâchoire.

Les bords de l'ulcération sont indurés et renversés en dehors, ils sont rouges et saignants sur une étendue de 1 à 2 centimè-

tres, au niveau de la lèvre supérieure, ils sont surélevés de 2 centimètres. Cette surélévation diminue à mesure que l'on s'avance vers la partie postérieure de l'ovale. A ce niveau la lésion est sur le même plan que celui de la joue.

Le centre de l'ulcération est anfractueux, recouvert d'un enduit crémeux extrêment fétide, qui se détache sous forme de flocons pendant le lavage.

La base, nettement indurée, adhère en un point au maxillaire supérieur et semble faire corps avec cette partie de l'os.

Autour de la tumeur, sur toute la moitié gauche de la face et sur une partie du cou, la peau est remplacée par le tissu cicatriciel qui a fait suite au lupus dont le malade a été atteint il y a 20 ans. Ce tissu est recouvert d'écailles identiques à celles que nous signalées au début de cette observation, qui tombent et se renouvellent sans cesse.

Les ganglions sous-maxillaires sont hypertrophiés et indurés. Ils forment une tumeur hemisphérique, du volume d'une grosse orange, qui absolument dépourvue de toute adhérence à la peau, adhère au contraire très fortement dans toute son étendue au maxillaire inférieur. Elle s'étend en haut jusqu'au bord inférieur de la tumeur principale, en bas jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage tyroïde. En avant, elle s'avance jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane, en arrière elle atteint la région carotidienne et ne permet pas de sentir à son niveau les battements de l'artère carotide.

A l'examen de la bouche, on constate que la muqueuse est épaissie et présente des saillies et des dépressions dirigées d'avant en arrière. Au point correspondant au centre de la tumeur existe une surface ulcérée, vaguement arrondie, qui a 2 centimètres de diamètre. Elle ne semble pas communiquer avec l'extérieur mais elle donne à l'haleine une grande fétidité et contribue pour une large part à rendre l'alimentation très-difficile.

Enfin l'état général est mauvais. Le malade avale continuellement une certaine quantité du liquide sanieux qui s'écoule de

l'ulcération. Du reste, il est obligé de respirer constamment l'odeur infecte qu'elle répand. L'amaigrissement et la perte des forces sont très prononcés. La peau a une teinte subictérique: il existe sur les membres un léger œdème.

Les poumons et le cœur sont sains. Opération. (1)

L'opération, que le malade réclame avec insistance est décidée et pratiquée par M. Duret.

Le malade est couché sur un lit, la tête un peu élevée sur des oreillers, solidement maintenue par un aide et dirigée de telle sorte que la joue gauche soit bien exposée devant le chirurgien.

L'anesthésie par le chloroforme est difficilement obtenue tant à cause du siège de l'affeciton que des habitudes alcooliques du malade.

L'opération est précédée de la trachéotomie destinée à prévenir les accidents asphyxiques souvent mortels, qui ne sont pas rares dans les opérations sur le maxillaire supérieur et dont il y a eu récemment un exemple dans le service; on fait la ligature de la faciale.

La surface ulcérée et la tumeur ganglionnaire sont circonscrites à l'aide du bistouri par une incision qui, commençant sur la lèvre supérieure à 3 centimètres environ de la commissure gauche se porte en haut et en dehors, sur la joue gauche, contourne l'aile du nez et passe à un travers de doigt au dessous du rebord orbitaire; de là elle descend en s'arrondissant le long du bord antérieur du masseter, coupe perpendiculairement le bord inférieur du maxillaire inférieur à un travers de doigt de son angle externe et contourne exactement au niveau du cou la tumeur ganglionnaire, qui a pour limite inférieure le bord supérieur du cartilage tyroïde ; enfin, elle gagne la symphyse du menton dont elle reste distante de quelques centimètres, et se termine au niveau de la commissure labiale.

(1) Nous avons décrit cette opération d'après les renseignements qui nous ont été fournis par M. Vanheuverswyn, interne du service.

La partie supérieure de ce vaste lambeau est disséquée et rejetée en bas ; on arrive sur la base de la tumeur, qui est fortement adhérente à la paroi antérieure du sinus maxillaire, et qui même le pénètre intimement. Aussi n'hésite-t-on pas à reséquer cette paroi osseuse dans toute son étendue. Dès lors, la tumeur ulcérée peut être complètement enlevée. La paroi interne du sinus et la voûte palatine qui sont saines sont ménagées avec le plus grand soin.

On dissèque la partie inférieure du lambeau de manière à mettre à nu la tumeur ganglionnaire. Celle-ci ramollie dans ses parties profondes fait corps avec une partie du maxillaire inférieur. A l'aide d'une dissection minutieuse, on sépare les ganglions dégénérés des tissus voisins et on les extirpe totalement. A l'aide d'une scie à chaîne, la branche horizontale du maxillaire inférieur est reséquée de chaque côté de la ligne moyenne sur une étendue de cinq centimètres environ. La résection comprend la partie osseuse qui supporte la canine, les deux petites molaires, la grosse molaire inférieures gauches. Enfin on pratique à l'aide du bistouri, la section de toutes les parties molles qui retiennent la portion du maxillaire reséqué.

On a veillé continuellement sur la langue de manière qu'elle ne tombe pas en arrière, et ne gêne la respiration.

Au cours de l'opération, toutes les artères qni donnaient, ont été liées immédiatement au catgut, pour éviter toute perte de sang.

L'ablation de toutes ces parties molles laisse une brêche énorme plus grande qu'une paume de main. On ne peut songer à la combler parce qu'il serait impossible à moins de disséquer toute la moitié gauche de la face et du cou de trouver un lambeau cutanée suffisant. D'ailleurs on espère que l'autoplastie naturelle, due à la rétraction modulaire réparera en partie cette perte de substance.

La langue est retenue pendante à l'aide d'un fil d'argent qui la traverse.

La plaie est recouverte d'un pansement antiseptique. La partie

inférieure du cou et la poitrine sont garnies de manière à absorber les liquides qui s'écouleront de la plaie.

La guérison ne fut entravée par aucun accident. On nourrit le malade avec du bouillon et du lait à l'aide d'une sonde œsophagienne. La langue fut laissée attachée jusqu'au vingtième jour; quelques jours après on supprima l'usage de la sonde.

La cicatrisation se fit peu à peu et trois mois après l'opération, le malade sortit de l'hôpital, sur sa demande dans un état relativement bon. La brèche était en partie comblée; mais il exisiait encore sur la joue gauche une fente assez grande, occupée presque complètement par la langue fortement déviée.

La guérison était obtenue; mais un an après l'opération, survint dans la cicatrice et les ganglions une récidive qui entraîna rapidement la mort du malade.

Observation II

Auffret. — Archives de médecine morale, février 1888)

Cancroïde à base lupeuse de la tempe, des paupières et de la conjonctive bulbaire, datant de plus de huit ans. — Opération. — Guérison radicale.

M. C... âgé de 43 ans, est d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique caché par une apparence sanguine. Il s'est toujours bien porté, mais il a perdu une sœur d'un cancer de l'utérus, et son fils âgé de 14 ans est atteint d'une suppuration caséeuse du rocher.

Vers la fin de l'année 1875, M. C., remarqua vers le milieu de la empe droite la présence d'une petite croûte blanche, de la dimen-

sion d'une lentille. Pendant près d'un an, cette croûte tomba et ne renouvela sans que son attention fut autrement attirée.

Mais le contact de l'oreiller l'écorchait quelquefois, et un peu de démangeaison y faisait alors porter le doigt.

En 1876 seulement, faisant donner des soins à son fils, il en parla à son médecin, qui pendant six mois la cautérisa plusieurs fois au crayon de nitrate d'argent.

En 1877, la croûte persistant et la base étant indurée, on y appliqua de la pâte de Vienne, qui donna lieu à une eschare à laquelle succéda une cicatrice lisse, gaufrée, mais la guérison ne devait être que temporaire, car peu après, induration et croûte reparaissaient.

En 1880, étant à une eau thermale des Pyrénées avec son fils, il fut encore cautérisé à diverses reprises, par un médecin de la localité, mais sans amélioration et jusqu'en 1882, l'ulcération crût très lentement, mais d'une manière continue, de façon à atteindre de proche en proche la dimension d'une pièce de 2 francs. Elle avait mis 6 années à y arriver.

Le malade avait pris, pendant cette période de l'huile de foie morue et de l'iodure de potassium.

En présence de cette persistance du mal, M. C., s'inquiète, insiste pour subir un traitement énergique. On le cautérisa alors à diverses reprises au paquelin, puis comme le résultat ne parut pas satisfaisant, on le soumit à des cautérisations linéaires, suivies d'applications de teinture d'iode. Pendant un mois deux fois par semaine, et pendant deux mois quatre fois par mois, des scarifications furent pratiquées avec le bistouri et les sillons furent touchés d'abord au perchlorure de fer, puis à la teinture d'iode, le traitement continué pendant 3 mois, améliora sensiblement l'état local et laissa un moment espérer une guérison durable.

Mais ici se montre la ténacité étonnante de ces affections. En avril 1883, le mal a reparu dans toute sa violence, il s'est étendu, a envahi l'angle externe de l'œil, les deux paupières, et le cul de sac. De plus en plus inquiet et non sans raison, M. C..., s'adresse

à M. Jonie, ancien directeur du service de santé de la marine, qui connaissant l'histoire de son malade et jugeant la gravité du cas, l'engage à se mettre à Paris, dans les mains d'un spécialiste.

M. Vidal, médecin de St-Louis, lui conseille le grattage profond et répété par la curette, suivi de cautérisations, et le 26 juillet 1883, après une anesthésie locale relative par le pulvérisateur Richardson, grattage et cautérisation sont pratiqués. Le caustique employé fut le chlorate de potasse pulvérisé, qui provoqua de très vives douleurs.

Quinze jours après M. C..., revenait à Brest, très amélioré, presque guéri, mais ce n'était encore qu'une apparence trompeuse. La cicatrice déprimée, gauffrée, s'entoura bientôt d'une induration cicatricielle circonférentielle et en octobre 1883, moins de trois mois après le grattage l'ulcère reparaissait.

En novembre, nouveau voyage, nouveau grattage, guérison temporaire, mais aussi nouvelle rechute. C'est alors que demandant une consultation à M. le professeur Hardy, cet éminent praticien lui dit que : « si jamais guérison était possible, la chirurgie seule pourrait l'accomplir.

C'est alors que sur le conseil de M. le directeur Jonie, M. C..., vint me trouver.

Etat actuel. — La surface tuberculo-ulcéreuse comprend tout l'espace compris entre l'angle externe de l'œil qui est intéressé jusqu'à la partie antérieure du pavillon de l'oreille. Elle a un peu plus de 0.04 de hauteur sans compter les bords indurés, le 1/4 externe des paupières a disparu ; la conjonctive oculaire est rongée jusqu'à la cornée. Sur la tempe l'ulcération est ségumeuse ; les contours en sont irrégulièrement découpés et indurés ; au centre, la surface profondément atteinte offre des ilots cicatriciels.

Dans l'angle, sur la conjonctive palpébrale et au lieu et place de la rencontre des paupières, l'ulcération est déprimée, alvéolaire et miroitante, à la loupe, on y voit les poils qui végètent atrophiés et décolorés.

Le conjonctive bulbaire est le siège d'une ulcération trichoma-

teuse, à bords festonnés, de forme obscurément triangulaire, allant jusqu'au limbe cornéen ; le tout est fortement injecté et de teinte livide.

Le malade porte une plaque de soie qui recouvre la partie altérée et du reste alors que l'œil est découvert, la vue est gênée sans que j'aie pu toutefois établir le degré de l'acuité visuelle ; il est las de tous les traitements qu'il a subis depuis huit ans ; il voit sa position, sa vie peut-être compromise ; pour guérir il est prêt à tout.

Je constate avec plaisir que les ganglions sont sains, et en dernier ressort, c'est ce qui me décide à entreprendre l'opération à laquelle je suis du reste encouragé par MM. les docteurs Jossic et Fontan, qui veulent bien m'assister. Il est entendu préalablement que l'opération sera radicale, que tout ce qui semblera suspect sera enlevé.

Nous veillons à ce que l'antisepsie soit rigoureusement observée : catgut, fils de soie, d'argent, aiguilles de toute dimension sont préparées et passées à la solution forte.

Je circonscris alors toutes les parties malades y compris les bords indurés tant aux paupières qu'à la tempe par des incisions qui entament largement les parties saines ; l'incision va jusqu'au périoste qui n'est pas malade. J'abrase du reste de la plaie tout ce qui est douteux et je touche au thermo-cautère. Par deux coups de ciseaux, je sectionne nettement les bords libres des deux paupières dans leur quart externe suivant deux traits obliques de dehors au dedans ; elles se rétractent aussitôt sous l'influenee de l'orbiculaire, ce qui met à nu le globe oculaire et me permet de l'aborder plus aisément.

Fixant alors le globe oculaire à l'aide d'une pince de Waldeau et le confiant à un aide, je dissèque à l'aide d'un scalpel de Grœfe. un lambeau conjonctival, comprenant et au delà tout ce qu'il y a de conjonctive bublaire intéressée, je nettoie minutieusement l'angle et les culs-de-sac et je ne dépose l'instrument tranchant que lorsque j'ai acquis la certitude que tout est enlevé. Je décolle alors mes lambeaux conjonctivaux de manière à pouvoir les af-

onter et je les fixe par trois points de suture à l'aide du huitième un fil de soie détordu. La réunion est parfaite. Je taille alors, profit de la partie supérieure de la tempe droite, qui est saine, -dessus de l'ulcération, et dissèque un grand lambeau en four-e à branches dirigées en haut, suffisant pour combler le vide ssé par l'abrasion des parties ulcérées. Le manche de la fourche rvira à combler la perte de substance de la tempe, chacune des ux branches a remplacer la partie des paupières enlevée. J'ai n de conserver dans le pédicule les gros vaisseaux de la tempe je me garde du reste de lier les vaisseaux qui donnent à l'ex-mité du lambeau. Le rapprochement des bords de la place opé-oire est facilité par une incision verticale vers le milieu du front; est irréprochable, excepte en un point où il y a une perte substance de la dimension d'une pièce de 1 franc. Deux inci-ns verticales, au niveau de la région malaire, partant de cha-e des deux extrémités de l'ulcération, permettent la réunion bord inférieur du lambeau en fourche avec la peau de la région aire. Des fils d'argent séparés par des fils de soie donnent une ptation parfaite.

our éviter l'action irritante de l'acide phénique, on adopte le sement à l'alcool qui sera renouvelé le moins souvent possible, en maintenant de l'humidité sous une enveloppe imper-ble.

es premiers points de suture furent enlevés le troisième jour, derniers vers le douzième, sauf les sutures conjonctivales ées à fil perdu.

u quinzième jour, par le moindre point d'inflamation. Tout arfaitement réuni et il n'y a à suppurer que la plaie de la e, qui n'est fermée qu'au vingt-cinquième et dans les derniers s du mois suivant, M. C... peut quitter Brest, complètement i.

y a encore quelque chose qui m'inquiéte, c'est l'angle de l'œil, la conjonctive, et spécialement les points de suture.

ois semaines s'écoulèrent sans le moindre accident, sauf un l'exagération dans l'injection de l'œil et un léger écoulement

puriforme. Mais au bout du mois, l'injection est plus vive ; l'écoulement qui augmente inquiète l'opéré qui me coufie ses craintes et j'extrais à l'aide d'une pince un corps hémisphérque rouge, qui n'est qu'une petite masse de matière organisée englobant l'un des fils conjonctivaux. Les deux autres tombèrent succivement à quelques jours d'intervalle et dès ce moment l'injection de l'œil disparait, l'organe reprend sa netteté ; quand aux paupières et à l'acpect du visage. ils ont presque l'aspect normal.

Remarque. — Au moment où M. Auffret publiait cette observation, en février 1888, quatre ans après l'opération, M. C..., se portait à merveille, depuis trois ans et demi, il avait repris sa profession comme sa vie de chasseur; les fonctions de l'œil se faisaient parfaitement, et il eut été impossible, à quelques pas de dire s'il avait ou non subi une opération et de quel côté.

Nous avons obtenu de M. Auffret, l'autorisation de publier que depuis cette époque, l'état de M. C..., n'a pas changé. Rien dans la cicatrice, qui est d'ailleurs devenue presque invisible, ne permet de supposer qu'il y ait à craindre une récidive. La guérison semble donc être définitive.

Examen histologique, fait par MM. Auffret et Fontan

Des coupes furent faites, à différentes époques, sur tous les points de la tumeur.

L'examen porta successivement :

1° Sur des fragments profondément ulcérés de l'angle de l'œil et des paupières.

2° Sur des portions de la tempe, présentant des ulcérations serpigineuses et sur leur substratum.

3e Sur les ilots cicatriciels.

A. Des coupes très fines exécutées dans les premiers fragments, ont démontré la présence de couches, de cellules épithéliales pavimenteuse, hexagonales, formant un canelage régulier, à bords très délicatement dentés, à dents engrenées les unes dans les au-

tres. Toutes ces cellules très transparentes offraient un ou deux noyaux, finement granuleux. Ces cellules étaient agglomérées en globes pénétrant dans les couches profondes du derme.

B. Des coupes pratiquées sur la base, sur le substratum des ulcérations serpigineuses ont permis de constater des masses de cellules embryonnaires, granuleuses, tassées, agglomérées en couches compactes, masses obscurément sphéroïdales, limitées ou parcourues par des travées incomplètes, interrompues, délicates, formées par des éléments plus allongés, anastomosés, sur certaines coupes, ces éléments massés sont déformés, brisés, c'est une déroute d'éléments embryonnaires devenus granuleux.

C. Des coupes de la troisième série, pratiquées sur les ilots cicatriciels, ont montre un tissu feutre dense, constitué par des éléments cicatriciels, propre du reste à toutes les cicatrices ; c'est un feutrage d'éléments fibrillaires, audessous desquels comme revêtement intérieur, des masses de cellules adipeuses.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma peut apparaître et végéter à la surface du lupus vulgaire. Le miscroscope établit nettement la part des deux affections.

2° Sa présence aggrave le pronostic; sur quinze cas bien connus, il n'y a que 3 cas avérés de guérison définitive.

3° Le grattage, bon pour le lupus, est insuffisant pour les deux maladies combinées.

4° Le seul traitement qui paraisse efficace est l'ablation précoce, totale du mal par le scalpel; mais il faut que l'instrument tranchant porte sur les parties saines périphériques; il faut en outre la substitution de tissus sains, soit par la greffe, soit par le glissement, aux tissus altérés.

BIBLIOGRAPHIE

RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1835.

BARDELEBEN. — Lehrbuch der chirurgie, 1858.

O. WEBER. — Chirurgie der Erfahrungen und Untersuchungen, 1869.

DEVERGIE. — Traité des maladies de la peau, 1863.

ESMARCH. — De exemplis normalis carcinomatis epithelialis exorti in cicatrice post lupum exedentem relicta.

THIERSCH. — Prœparatensammlung.

HEINE. — Congress der chirurgie in Berlin. 1872.

LANG. — Viertelj. fur Dermatologie et syphiligraphie, 1874. Virchow Archiv. Band 54.

LEWIN. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1876.

HEBRA. — Wiener medicinische Wochenschfrit, 1867.

— Traité des maladies de la peau.

VOLKMAN. — Sammlung klinischer Wortrage.

— Uber der Lupus und seiner Behandlung.

NEUMAN. — Traité des maladies de la peau.

DUHRING. — Traité des maladies de la peau.

KAPORI. — Viertelj. fur Dermatologie und syphiligraphie, 1879.

VERNEUIL. — Congrès de Londres, 1881.

RENOUARD. — Rapports du Lupus avec la srcofule et la tuberculose.

AUFFRET. — Archives de médecine navale, fév. 1888.

Vu : *le Président de thèse,*
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Vu : *Pour le Doyen.*
L'assesseur,
JACCOUD.

Paris. — Imp. des Ecoles, H. Jouve, 23, rue Racine.